



ין 19 הוד השרון P.O.B. 519 HOD HASHARON 45105 FAX: 09-7604514 :0קס: TEL: 09-7604596 :אא 45105 אוד-השרון 105 HOD HASHARON פוד-השרון 19 HANKIN ST. HOD HASHARON e-mail: blodiag@megapharm.co.il עוסק מורשה מסי 1135 1137

|               | ORDER NoADDRESS    |                 | ACIO. |            |     | of the second |      |        |  |               |   | להחזירה                          |  | -        |
|---------------|--------------------|-----------------|-------|------------|-----|---------------|------|--------|--|---------------|---|----------------------------------|--|----------|
|               |                    |                 |       | in the     |     |               |      |        | . No service of the s | of acceptance | i text                                  |                                  |  |          |
| <b>t aw</b> c |                    |                 | QUAN. | S S        |     |               |      |        |  |               | *************************************** | ישור קנ                          | בחשבונית                                       | <u>.</u> |
| /v m          |                    |                 |       | X          |     |               |      |        |  |               | AN.                                     | קבלת הטובין                      | 724 B  |          |
| 20820         | C                  | ng ing tion nam |       | 03月9年11    | , i |               | . ** |        |  |               | 1 73                                    | <b>1 2 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3</b> | 37. 37. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. 3. |          |
| <b>∾</b> I    | FOR                | TEL.            | I TEM | S ALLER OF |     |               |      | ****** |  |               | -                                       | לחתום על                         | ו בדואר א                                      | •        |
| vn            | מסי הזמנה <u>–</u> |                 |       |            |     | -6.           |      |        |  |               |   | いったのと知れ                          | ואר או בפקס (1424097-90).                      | ·<br>:   |
| שעת יציאה:    |                    |                 |       | 3          |     |               |      |        |  |               |   | שם מלא                           | -7604514                                       |          |
|               | ORDER No.          | ceaudan         | N D S |            |     |               |      | 3      |  |               |   | ם על התעודה בשם מלא ולהחזירה     | 60).   |          |

|            | Mari       |
|------------|------------|
| <u></u>    | 5          |
| ट्य        | The        |
|            | F          |
| <b>2 P</b> |            |
| 50         | 0          |
| Meg        | Know       |
|            | (4)        |
| 12         | We         |
| 5000000000 | <b>%</b> . |
|            |            |
| 2000       |            |
|            | 1          |
|            | •          |

P.O.B. 519 HOD HASHARON 45105 FAX: 09-7604514 :079

| ד-השרון 45.05 טל:<br>19 הוד השרון  | משלוח מסי |
|--|-----------|
| ר-השרון 19 HANKIN ST. HOD HASHARON e-mail: biodiag@megapharm.co.il אחיז פונב אנים במנוס אופן 19 HANKIN ST. HOD HASHARON e-mail: biodiag@megapharm.co.il עוסר מורשַה מסי 11373615 | 20770     |
| 19 HANKIN ST. HOD HASHARON<br>עוסר חורשה מסי 31373615  | תאריך:    |

salte sam gan

FOR למסי הזמנה

w+\*

|              | TEL                       |     |
|--------------|---------------------------|-----|
| SU M<br>OCIO | ITEM<br>Grove             | QUA |
|              | PRECEDENT HUNDING ASCHINE |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
| . Varia      |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |
|              |                           |     |

| L                                   |                                      |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| נא לחתום על התעודה בשם מלא ולהחזירה | אלינו בדואר או בפקס (2144-7604-760). |

| יישור קבלת הטובין | בחשבונית                              | פחה |              |               |
|-------------------|---------------------------------------|-----|--------------|---------------|
|                   | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · |     | <del>-</del> | <del></del> - |

חתימה SIGNATURE

SIGNATURE

75